

OFICIO N°

OBERA MISIONES, 04 de Septiembre de 2025

**SEÑORA DIRECTORA DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS DE LA PROVINCIA DE MISIONES**

**POSADAS - MISIONES**

Por disposición de S.S. en los autos caratulados: "**EXPTE. N° 67653/2025 SILVERO JUANA LILIANA S/ Inscripción de Defunción SEC 1**", que se tramita por ante éste Juzgado de FAMILIA N° 1 a cargo del Dr. JOSE GABRIEL MOREIRA, Secretaría N° 1 a cargo del Dr. Jorge Alberto Robledo de ésta 2da. Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones - sita en Edificio Tribunales, Salto Bielakowicz y Salto Zinas, Oberá, Misiones, me dirijo a Ud. solicitando la inscripción de la sentencia recaída de autos que en su parte pertinente DICE:"OBERÁ, Misiones, 22 de Agosto de 2025.RESULTANDO: Y CONSIDERANDO...RESUELVO: 1 Ordenar la inscripción de defunción fuera de término del Sr. MARTIRES, SILVERO, DNI N° M8.299.912 ocurrido el 24 de Octubre de 2024 en Hospital SAMIC, Oberá Misiones, conforme considerandos expuestos. 2 A los fines de la debida toma de razón, firme la presente resolución líbrese oficio a la Dirección del Registro de la Personas, con transcripción de la parte dispositiva del presente auto, haciéndose constar en el mismo las exigencias del Art. 68 del Dec. Ley II - N°3 del D.J.M. 3 Cópiese, regístrese, notifíquese y oportunamente archívese." Dr. José Gabriel Moreira - JUEZ DE FAMILIA.-----  
---Lo transcripto precedentemente es copia fiel de su original al registro de SENTENCIA N° 91/2025 - LIBRO N° 2 - FS 251/..., Secretaría UNO, Firmado Juez Dr. José Gabriel Moreira, Secretaria Dr. Jorge Alberto Robledo. DOY FE. Oberá, Misiones, 26 de Agosto de 2025 en los autos caratulados " **67653/2025 SILVERO**

**JUANA LILIANA S/ Inscripción de Defunción SEC 1** , que se tramita ante el  
Juzgado de Familia Nº 1.-----  
---Por Mandato Judicial se extiende el presente Oficio, en la Ciudad de .....  
Misiones a los días ..... del mes de ..... de 2025.-----  
---A tales fines se informa que la Sra. SILVERO JUANA LILIANA, tramita el  
presente mediante Carta de Pobreza.-----

Sin otro particular saludo a Ud, muy atentamente.-

Digitally signed by ROBLEDO, Jorge  
Alberto  
Date: 2024.09.26 09:07:30 MDT  
HMAC: P000  
Location: Secretaría de Tecnología  
Intermediate certificate: https://www.sedetec.gob.ar/...

2025 - “Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”

POSADAS, 21 de Octubre de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A**  
**JUZGADO DE FAMILIA N° 1**  
**DE LA 2° CIRCUNSC. JUDICIAL**  
**OBERA - MISIONES**  
S / D

**Nota N° 2033 / 2025.**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio S/Nº** de fecha 04 de Septiembre de 2025, librado en autos caratulados **“Expte. N° 67653/2025 SILVERO JUANA LILIANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN”**. A tal efecto, le informamos que para proceder a labrar el acta de defunción correspondiente es necesario remitan a esta Dirección General copia certificada del certificado médico de defunción, atento al tiempo transcurrido y lo previsto por el artículo 60, 63, 80 y consecuentes de la Ley 26413 y Disposición Interna de este Registro N° 1660/2020.

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO  
Viviana  
Cristina Raquel

Firmado digitalmente  
por CASTILLO Viviana  
Cristina Raquel  
Fecha: 2025.10.21  
08:13:04 -03'00'

## CERTIFICADO DE DEFUNCION

### Formulario de Entrega Gratuita

Fecha de Inscripción 24 Mes 10 Año 2024

TOMO        FOLIO        ACTA       

Varón  Mujer

Nº 5

DEPARTAMENTO        REGISTRO CIVIL DE        NUMERO       

CERTIFICO que Don/ña GRACIELA MARTINEZ

D.N.I. / L.C. / C.I. 8.299.912 Domiciliada en calle MARZANO 132, 1054

Localidad GRACIELA Provincia FRIGONI de 28 Años de edad, Nacido el 28 de Junio de 1950

en Provincia de Misiones Estado Civil (1) ASALDO. Nacionalidad ARGENTINO. Profesión u ocupación DOMESTICO.

Ha fallecido de:  Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 24 de Octubre de 2024 a las 12:30 horas en: Hospital.

Tuvo atención médica durante la enfermedad  Sí 1  Lo atendió el médico  Sí 1

o lesión que le produjo la muerte?  No 2  que suscribe  No 2

Causa de la defunción  a) PROSCARDIOPNEUMONIA  b) EPOC.

Lugar donde ocurrió el hecho: Hospital Semic. Graciel

PROFESIONAL CERTIFICANTE GRACIELA MASCINA Matrícula Profesional Nº 10.7436

Nombre y Apellido GRACIELA MASCINA Matrícula Profesional Nº 10.7436

Domicilio Profesional: Calle 1000 N.º 89 Dto. 10 Piso 1 Localidad GRACIELA Oficina 1000 Teléfonos       

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION: Hospital Graciel Graciel Misiones  
Lugar: Hospital Graciel Graciel Misiones  
Fecha: 28 de Octubre de 2024

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(1) Llenar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA



- Para el Registro Civil - Valor Legal

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

(B) Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico

**Informe Estadístico de DEFUNCIÓN**

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

**DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL**

2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 TOMO	FOLIO	ACTA
--------------------------	-------------------------------	--------	--------	-------	------

**DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)**

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 20px;">Pasar a Preg. 7</span>	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN			
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.			
a) <i>Paro cardiopulmonar</i>			
b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <i>Insuficiencia Respiratoria</i>			
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <i>EPOC</i>			
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.			
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)			
a) Indicar si fue por:			
* Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/>			
b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.			
c) Lugar donde ocurrió el hecho:			
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS			
* Estuvo embarazada en los últimos doce meses?			
Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> } Continuar abajo			
* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año			
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>			

INTERVALO APROXIMADO ENTRE  
EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD  
Y LA MUERTE



Apellido/s <i>SIVERO</i>	Nombre/s <i>MARTÍREZ</i>	D.N.I. N° <i>8.299.912</i>
10 Fecha de la defunción Día 24 Mes 10 Año 2024	11 Fecha de nacimiento 29 - Julio 1850	12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años		
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días		
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos.		
13 Sexo	Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino 2 <input type="checkbox"/>
Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>		
14 Ocurrió en...	Nombre del establecimiento: <i>Hrol. San Vicente</i>	15
* Establecimiento de salud público 1 <input type="checkbox"/> * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/> } Pasa a Preg. 15		
* Vivienda (domicilio) particular 3 <input type="checkbox"/> * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 <input type="checkbox"/>		
16 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: <i>MANZANA 132. CASA N° 5</i>	Localidad/Paraje <i>Cerro Viejo</i>	Departamento o Partido <i>Chopí</i>
Provincia <i>MNS. (MISIONES)</i>		
17 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: <i>CAMPOMARIA</i>	Localidad/Paraje <i>Campomaria</i>	Departamento o Partido <i>Chopí</i>
Provincia (o país para extranjeros) <i>MISIONES</i>		
* Obra Social 1 <input checked="" type="checkbox"/> * Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> * Ambos 3 <input type="checkbox"/> * Ninguno 4 <input type="checkbox"/>		



Continua al dorso

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

# SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

18. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

- Nunca asistió 01
- S.E. No reformado
  - Primario 02
  - Secundario 04
- Superior o universitario 06  07

- |  |   |          |
|--|---|----------|
| S.E. Reformado   | Incompleto  | Completo |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/></li> <li>-- Polimodal 15 <input type="checkbox"/></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>12 <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>14 <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>16 <input type="checkbox"/></li> </ul> |          |

19. Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia 1
- No trabajaba Buscaba trabajo 2
- No buscaba trabajo 3

20. Cuál era su ocupación habitual?

trabajando.

No Usar

SÓLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

21. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

- Nunca asistió 01
- S.E. No reformado
  - Primario 02
  - Secundario 04
- Superior o universitario 06  07

- |  |   |          |
|--|---|----------|
| S.E. Reformado   | Incompleto  | Completo |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/></li> <li>-- Polimodal 15 <input type="checkbox"/></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>12 <input type="checkbox"/></li> <li>14 <input type="checkbox"/></li> <li>16 <input type="checkbox"/></li> </ul> |          |

22. Cuál es su edad? (años cumplidos)

- Años [ ]

23. La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1  → Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente  
No 2  → Pasar a Preg 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

24. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

- Nunca asistió 01
- S.E. No reformado
  - Primario 02
  - Secundario 04
- Superior o universitario 06  07

- |  |   |          |
|--|---|----------|
| S.E. Reformado   | Incompleto  | Completo |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/></li> <li>-- Polimodal 15 <input type="checkbox"/></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>12 <input type="checkbox"/></li> <li>14 <input type="checkbox"/></li> <li>16 <input type="checkbox"/></li> </ul> |          |

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25. Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja Busca trabajo 2
- No busca trabajo 3

26. Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

\* COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

27. Cuál fue el peso del niño al nacer?

\* gramos [ ]

28. Cuál fue su peso al morir?

\* gramos [ ]

29. Nació de un embarazo...

30. Cuántas semanas completas duró la gestación?

31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

- Simple 1  → ir a pregunta siguiente

32. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre?

• Dia Mes Año [ ] [ ] [ ]

- Múltiple 2  → el que [ ] niños vivos, y produjo: [ ] defunciones fetales

33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

• y cuántas defunciones fetales? [ ]

34. PERSONA QUE CUMPLIÓ EL INFORME

Médico 1  Apellido y nombre Villamayor Moreno  
Domicilio Profesional: Calle Venero s.  
Otro 2  Localidad: Obras Mts.

Matrícula Profesional N° 107436 N° 89  
Firma \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

DRA. MARINA VILLAMAYOR  
M.P. OBRAS MTS.

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 04.....

del mes de Noviembre de 2025, en el Oficio del Depto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.

Nº 3027-1-25 Oficio N° S/N

256607 88

en Expte N° 67653/2023 S/N Nuevo Juzgado

Liliana Juncal Juez de Defuncion

de cuyo contenido doy fe. Referencia archivo: Lib. n 13 Folio 16 Año 2025

Trámite

ELOISA ARACI SOSA

Jefa Depto. Inspectoría

Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de  
las Personas

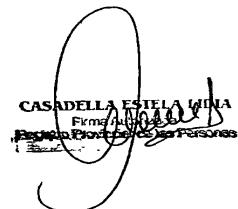
151

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
13	2551	2025

## DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1° CENTRO**  
República Argentina, a **Siete** de **Noviembre**  
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de **SILVERO Martires**  
Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
estado **N/D**  
profesión  Doc. Ident **DNI: 8299912**  
Domicilio **Mz 132 - Casa 3 - Campo Viera - Misiones**  
Hijo de:   
y de:   
Nacido en **Provincia de Misiones** el **29** de **Julio** de **1950**  
Ocurrida en: **Hospital Samic de Oberá - Misiones**  
El **24** de **Octubre** de **2024**, a las **12:50** horas  
Causa de la Defunción: **Paro Cardiorespiratorio - EPOC**  
Certificado Médico: **MEDICO MARINA VILLAMAYOR**  
Era cónyuge de:   
Declarante:  Doc. Ident:   
Domicilio:   
Obra en Virtud de **OFICIO N°. EXPTE N° 67653/2025 de fecha 4 de Septiembre de 2025**.  
**Venido del Juzgado N° 1, Secretaría N° 1 de la 2° Circunscripción Judicial de Oberá Misiones. Firmado Dr. José Gabriel Moreira, Juez de Familia. Firmado Dr Jorge Alberto Robledo, Secretario . Ref . EXPTE N°3027 - J - 2025 R.P.P.**



510489361fe7520e0d37673c4de6d12e



**2025 - “Año de la Protección Integral para  
Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la  
Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la  
Accesibilidad Digital para Personas con  
Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los  
Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la  
Concientización y Promoción de la Funga Misionera”**

POSADAS, 05 de Diciembre de 2025

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 67653/2025 SILVERO JUANA  
LILIANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN  
JUZGADO INTERVINIENTE  
S/D.-**

Tengo el Honor de Dirigirme a V.S. a los  
fines de Expediente cumplimentado.-

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por: GOMEZ  
Mikaela Elizabeth  
Fecha y hora: 05.12.2025 10:17:27



**2025 - “Año de la Protección Integral para  
Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la  
Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la  
Accesibilidad Digital para Personas con  
Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los  
Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la  
Concientización y Promoción de la Funga Misionera”**

POSADAS, 05 de Diciembre de 2025

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 67653/2025 SILVERO JUANA  
LILIANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN  
JUZGADO INTERVINIENTE  
S/D.-**

Tengo el Honor de Dirigirme a V.S. a los  
fines de Expediente cumplimentado.-

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por: GOMEZ  
Mikaela Elizabeth  
Fecha y hora: 05.12.2025 10:17:27